DES CONDITIONS DÉFAVORABLES

DE

LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

DES CONDITIONS DÉFAVORABLES

DE

LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

PAR

Armand TULASNE

Docteur en médécine de la Faculté de Paris



PARIS

G. STEINHEIL ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1893

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études médicales, nous nous faisons un devoir bien doux d'offrir nos remerciements les plus sincères à nos maîtres de l'hôpital de Tours qui nous ont prodigué leurs conseils et multiplié leurs marques d'estime affectueuse.

Qu'il nous soit permis de faire une mention spéciale pour messieurs Bodin et Courbon sous l'égide desquels, pendant notre année d'internat à la Maternité, nous avons acquis nos premières notions de l'art des accouchements.

Nous devons remercier notre ami, monsieur Payrau moniteur d'accouchements à la clinique, dont le concours obligeant nous a été précieux.

Monsieur le docteur Demelin, chef de clinique obstétricale, nous fera l'honneur d'agréer l'expression de notre reconnaissance pour la gracieuseté avec laquelle il a mis à notre disposition les observations qui pourraient servir à l'édification de notre modeste travail.

Que monsieur le professeur Tarnier enfin daigne agréer l'hommage de nos sentiments de profond respect.

OBJET

Nous avions été frappé, à Tours, au début de nos études, par la longue durée et la terminaison funeste de plusieurs accouchements chez des primipares âgées. Récemment encore, pendant notre stage d'accouchements à la clinique, le même fait nous a de nouveau frappé.

Monsieur Payrau, d'autre part, nous ayant communiqué une clinique de monsieur le professeur Tarnier sur ce sujet, nous avons résolu de le choisir comme objet de notre thèse.

Nous étudierons donc l'influence nuisible de l'âge de la primipare sur la grossesse et l'accouchement.

HISTORIQUE

Cette question de l'influence de l'âge sur l'accouchement des primipares est agitée depuis longtemps déjà puisque Deventer, en 1701, cite Mauriceau qui a écrit à ce propos la phrase suivante : « Le plus grand empê-

chement dans ces sortes d'accouchements ne procède pas des parties charnues extérieures, mais seulement des parties intérieures et principalement de l'articulation du coccix qui ne cède pas aussi aisément en se réfléchissant en arrière, pour le passage de l'enfant, aux femmes avancées en âge qu'aux jeunes dans leurs accouchements, comme aussi de l'orifice interne qui étant plus dur et plus coriace, ne se dilate pas pour lors aussi aisément qu'il fait dans un âge moins avancé (1). »

Deventer (2) donne son opinion et croit lui aussi à l'influence de l'âge sur l'orifice utérin : « Os uteri tam crassum et prœdurum, ut œgre aperiatur ; idque plurimum venit iis quœ prœvectoris jam œtatis sunt in primo maximo enixu. »

Mauriceau (3), en dehors du passage cité par Deventer, s'exprime en ces termes : « Les difficultés qui se rencontrent aux accouchements arrivent de la part de la mère, ou de la part de l'enfant, ou de celle de tous deux. De la part de la mère, à cause de la mauvaise disposition de tout son corps, ou seulement de quelques-unes de ses parties, et principalement de la matrice.

Pour raison de tout son corps... trop vieille, étant grosse de son premier enfant, d'autant que, pour lors, les parties qui sont plus sèches et plus dures, ne peu-

(1) Mauriceau, première de ses observations, page 2.

(2) Deventer. Edition de 1701, page 131.

(3) Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. 6e édition, 1721.

vent pas si facilement prêter à la dilatation nécessaire; et, outre cela, les vieilles ont l'articulation du coccix, ou croupion, plus ferme, ce qui fait qu'il ne cède pas si aisément à la sortie de l'enfant qu'aux jeunes, qui ont cette partie encore cartilagineuse.

Nous ne nous arrêterons pas à commenter ces opinions de Mauriceau, pas plus que celles de Deventer ou des autres auteurs que nous citons maintenant; nous croyons faire meilleure besogne en y revenant quand nous parlerons des complications apportées à la grossesse ou des entraves mises à l'accouchement par l'âge.

Nous nous contenterons de distinguer entre les auteurs qui croient à une influence fâcheuse et ceux qui au contraire admettent une innocuité relative.

Quant à un seul, le Docteur Roper, de la Royal Maternity Charity (1) son procès n'est même pas à faire; le docteur Courtade, dans sa thèse (2) a déjà dit de lui que cet auteur était le seul partisan de sa théorie. Roper prétendait que passé quarante ans, un premier accouchement est en général plus facile que pendant la jeunesse par suite d'un affaiblissement des tissus dont la résistance est par cela même amoindrie.

Parmi les pessimistes se rangent : Mauriceau, Deventer, Sennert (lib. I de sa Pratique des accouchements) Amand (p. 16), Peu (p. 184), Dionis (3),

(1) *Obstetrical Transactions*. Vol. VII.
(2) Courtade. Thèse de Doctorat. Paris, 1884.
(3) *Traité d'accouchements*, 1718.

Puzos (1). Paul Dubois, Desormeaux et Stoltz dans les dictionnaires, le professeur Pajot, dans ses Leçons à la Faculté (2); professent la même opinion.

Puzos, en particulier, écrivait au commencement du siècle dernier : « Les parties extérieures forment quelquefois par la résistance qu'elles opposent au passage de l'enfant un obstacle capable de retarder l'accouchement. Cela s'observe particulièrement dans les femmes fortes et musculeuses dont les chairs sont fermes et compactes, surtout si elles sont déjà avancées en âge lorsqu'elles accouchent pour la première fois. J'ai vu plus d'une fois, dans les femmes ainsi constituées, l'enfant être cinq ou six heures à faire son passage, tandis qu'il s'opère facilement d'ordinaire en moins d'une demi heure dans les femmes délicates qui ont la texture de la peau plus lâche et plus molle (page 122) ». Et plus loin (page 130) il dit le premier, croyons-nous, parlant de la déchirure du périnée : « Cet accident est cependant plus ordinaire aux femmes qui accouchent pour la première fois dans un âge plus avancé ; leur peau sèche et dure se déchire plutôt que de s'étendre..... »

Le professeur Pajot, dont nous avons énoncé l'opinion, enseignait ce qui suit : « Les anciens, qui croyaient que la soudure du coccyx était la cause des difficultés qu'on rencontre chez les primipares âgées, étaient dans l'erreur ; ces difficultés dépendent de la période de

(1) *Traité des accouchements* revu par Morisot, Deslandes, 1759.
(2) Thèse de Coccio, 1875.

dilatation du col, qui est plus longue et de la résistance des parties molles ; il y a là, passez-moi l'expression, un racornissement général. » Mais il ajoute : « Ces difficultés ont été considérablement exagérées et, pour ma part, j'ai accouché plusieurs primipares âgées, parmi lesquelles une n'avait pas moins de 47 ans, et cependant le travail s'est parfaitement passé ».

L'opinion du professeur Pajot pourrait donc servir d'intermédiaire entre les deux théories ; il semble pourtant être partisan plutôt de l'innocuité.

Quant au professeur Tarnier, son opinion s'est un peu modifiée à ce sujet : « J'ai cru longtemps, dit-il, dans sa clinique de février 1892, que les primipares âgées accouchaient aussi facilement que les autres ; mais, à la suite de cas que j'observai, dans lesquels cette seule influence de l'âge pouvait être invoquée pour expliquer la dystocie, je fus amené à croire, et je crois aujourd'hui, que l'accouchement chez ces femmes, à cause de la résistance du col et des parties molles, dure plus longtemps ; d'autre part, que les déchirures du périnée y sont plus fréquentes et que l'accoucheur en vient plus souvent à appliquer le forceps ».

Les pessimistes ont été nombreux, et des plus marquants, les partisans de l'innocuité relative, bien qu'en plus petit nombre, n'en sont pas moins dignes de fixer l'attention.

Parmi ceux-ci, et contemporains des précédents, nous trouvons Madame Lachapelle, avec son autorité immense ; avant elle, de la Motte ; depuis, Cazeaux,

Depaul ; dans ces dernières années, Coccio et Dieterlen (1).

De la Motte cite les auteurs de son temps, ceux-mêmes que nous avons mentionnés, et Mauriceau en tête, pour réfuter leur opinion (2). « C'est ce qui se peut remarquer en cet endroit où les plus célèbres accoucheurs veulent insinuer que la difficulté et la longueur d'un premier accouchement viennent de ce que le passage n'est pas fait; mais il est constant, d'après les remarques que j'ai faites sur toutes sortes de femmes depuis les plus jeunes jusqu'aux plus vieilles, qu'il arrive tout autrement (page 386) », et plus loin, (pages 387 et 388) il va même jusqu'à expliquer pourquoi l'accouchement, chez les jeunes comme chez les vieilles primipares, paraît plus long. « La longueur et la difficulté des premiers accouchements viennent pour l'ordinaire de ce fait que la plus grande partie des femmes sont persuadées, dès les premières douleurs qu'elles commencent à sentir, qu'elles sont assez malades pour accoucher ».

Un demi-siècle après de la Motte, madame Lachapelle disait, et d'une façon plus précise, parlant de la conduite de l'accoucheur pendant le travail. « Il n'est pas un accoucheur qui ne redoute un premier accouchement chez une femme de 30, 35 à 40 ans ; il n'est pas une femme de cet âge qui ne voie avec effroi arriver le moment de sa première couche. L'expérience

(1) Thèse de Paris, 1882.
(2) DE LA MOTTE, tome Ier, édition de 1756.

m'a trop souvent prouvé la fausseté de ces préventions pour que je puisse les adopter Sans doute on voit souvent le travail lent et pénible chez une femme âgée, et qui n'a point eu d'enfants ; mais n'en est-il pas de même des plus jeunes ? »

Tel est le résumé rapide des opinions de nos devanciers en France.

Courtade, dont les conclusions étaient inspirées par un relevé de 6,200 accouchements à l'hôpital des Cliniques est arrivé à une opinion pessimiste.

L'analyse des relevés que nous avons faits à notre tour à la clinique d'accouchements du professeur Tarnier, et comprenant 6707 accouchements effectués depuis sa venue, nous permettent de formuler la même opinion, modifiée un peu dans le sens plus pessimiste, car nous ne comptons dans les primipares âgées que celles qui ont 35 ans et plus ; les raisons de cette façon de faire, nous les donnons plus loin.

Pendant que les théories précédentes se développaient en France, des idées à peu près analogues prenaient naissance à l'étranger ; mais, comme le fait remarquer Courtade, tandis qu'en France, surtout depuis Madame Lachapelle, on en est venu à des conceptions moins terrifiantes, à l'étranger, en Allemagne, en particulier, on continue à redouter l'accouchement chez les primipares âgées.

Nous ne le suivrons pas dans son énumération des théories de Neubeck, Elias Siébold, Wigand, Michaelis, Schmitt, Nægelé, Grenser.

En Angleterre, où nous avons voulu faire la bibliogra_

phie, nous n'avons pas recueilli beaucoup de renseignements ; c'est à peine si Tuke (1), Donkin de Newcastle (2), Robinson (3), dans le journal d'Edimbourg, que nous avons lu à ce sujet, mentionnent la fréquence de l'éclampsie, de l'albuminurie et de la manie pnerpérale, si souvent liée à cette dernière. Simpson (4) insiste sur les déchirures du périnée. William Acton (5) ne fait guère que les citer.

En Amérique ; Gaillard Thomas (6) et Garrigue (7), traitant du périnée, ont fait une histoire plus détaillée mais sans se préoccuper d'une façon très spéciale des cas qui nous intéressent.

(1) Tuke. *Edinburgh medical journal,* 1865, p. 1013.
(2) *Edinburgh medical journal,* 1863 May.
(3) *Eod. loco* May 1864.
(4) *Clinical Lectures on the Diseases of Women*
(5) *Genito-urinary organs.*
(6) *New York medical journal,* April 1890.
(7) *American journal of obstetrics* Vol. XIII, 1880.

Détermination de la Primiparité tardive

Mais qu'est-ce donc qu'une primipare âgée ? La plupart des auteurs ont le tort de ne pas définir ce terme et se contentent d'admettre et d'indiquer une gravité d'autant plus grande que l'on approche davantage de la ménopause.

C'est un écueil à éviter.

Mais quel est l'âge que nous allons adopter ? Coccio et Courtade ont choisi 28 ans ; Kleinwachter, 30 ans ; Ahlfeld, 32 ans ; âge que ce dernier obtenait d'une façon au moins originale : il prenait la moyenne des âges supposés extrêmes auxquels la femme peut concevoir, c'est-à-dire, 15 et 50 ans. Maugiagalli. dans les Annali di Ostetricia de Milan, adopte 35 ans. Dieterlen, d'autre part, comparant la durée du travail chez les primipares, reconnut que jusqu'à 35 ans il n'y avait rien, pour ainsi dire, que d'ordinaire.

C'est cet âge de 35 ans que nous prendrons, « âge au dessus duquel tout le monde est d'accord » (Tarnier).

L'âge déterminé, quels sont les différents points à élucider ?

On doit d'abord se demander pourquoi elles sont primipares âgées?

Puis ensuite, il faudra rechercher si ces causes ne vont pas déjà apporter, par elles-mêmes, des complications à la grossesse ou des entraves à l'accouchement.

Nous discuterons, en second lieu, la valeur des théories des auteurs et surtout le rôle qu'ils attribuent à tel ou tel organe dans la dystocie de la primiparité.

C'est ensuite seulement que nous demanderons aux observations recueillies à la clinique : 1°, quand se fait l'accouchement par rapport à la grossesse; 2°, comment il se fait, c'est-à-dire :

a), quelle est sa durée, et la durée des deux périodes du travail, durée comparée aux cas normaux;

b), comment il se termine pour la mère et pour l'enfant;

c), quelles sont les interventions, et leur degré de fréquence, nécessitées par les modifications apportées aux parties qui jouent un rôle actif ou passif dans l'accouchement.

Causes de la Primiparité tardive

A quoi est donc dû ce fait qui sort de l'ordinaire ? Pourquoi une femme ne devient-elle enceinte qu'à 35 ans ?

On conçoit facilement qu'il ne soit pas toujours possible de le savoir.

Il se mêle souvent à ces questions des considérations morales ou sociales dans lesquelles le médecin ne peut entrer; il reste des points dont il ne peut éclaircir le mystère. Les auteurs laissent de côté ces cas complexes et, restant médecins, envisagent les raisons purement physiologiques.

On peut classer sous deux chefs les faits à envisager :

I. — La femme ne s'est mariée ou n'a eu de rapports sexuels — ce qui est tout un, pour nous — que tardivement.

II. — Elle s'est mariée tôt et n'est devenue enceinte que tardivement.

La recherche de ces causes est importante : on en tire des déductions pour le pronostic des grossesses et des accouchements.

I. — *Femmes qui se marient tard.*

Elles se sont mariées tard parce qu'elles étaient débiles, chétives; on n'osait pas les marier. On redoutait pour elles et le régime conjugal et la maternité.

Mangiagalli, cité par le professeur Tarnier, a trouvé plus de débiles chez les primipares âgées que parmi les jeunes.

Monsieur Tarnier invoque en outre comme cause une certaine débilité vénérienne : jeunes filles, elles ne désiraient pas le mariage; elles le craignaient et on ne les a pas mariées, ou elles ne se sont pas mariées.

Certaines malformations locales, sans être incompatibles avec le mariage l'ont parfois retardé.

Mais il reste toute une classe, de beaucoup la plus importante : celle des déformations de la colonne vertébrale retentissant sur le bassin.

Toutes les cyphotiques, scoliotiques, rachitiques ne se marieront ou n'auront de rapports sexuels que tard. Mangiagalli peut nous prêter l'appui de son autorité : il a trouvé 32 fois le bassin rétréci chez 604 primipares âgées. Ces chiffres ont paru excessifs à d'autres observateurs, mais il n'en reste pas moins comme fait acquis que les rétrécissements y sont beaucoup plus fréquents que la normale.

Il y a de plus un autre ordre d'idées qui a bien son importance : toutes les fois qu'une femme se mariera tard, du fait même de l'âge, la grossesse peut être plus douteuse ou se faire plus longtemps attendre : l'utérus et les annexes sont, plus souvent à 35 ans qu'à 20, le

siège de lésions incompatibles ou difficilement compatibles avec la grossesse.

Toutes ces considérations nous font redouter : la faiblesse générale, l'atonie des organes génitaux, les rétrécissements du bassin avec leurs conséquences.

II. — *Femmes qui se marient tôt et deviennent enceintes tardivement*

Tout d'abord, on peut faire entrer dans ce cadre tous les cas amenant une stérilité temporaire : inflammations chroniques de l'utérus, déviations, etc.

Nous trouvons ensuite de nouveau la débilité vénérienne qui comprend le développement incomplet du système génital, les irrégularités ou l'apparition tardive des règles. Hecker professe l'opinion suivante : « Les chiffres tardifs de l'apparition des règles sont plus considérables chez les primipares âgées que chez les autres femmes en général et on pourrait tirer cette conclusion que chez elles le développement génital est retardé sans que l'on puisse en trouver une explication pathologique. Le retard doit bien plutôt être attribué à une inertie qui pourrait être mise en connexion avec la conception tardive. »

Mais cette inertie de Hecker n'est pas autre chose que la débilité vénérienne dont nous parlons plus haut, avec une notion de plus, celle de l'apparition tardive des règles.

Ces principales causes exposées, voyons l'influence admise par les auteurs sur la grossesse et l'accouchement.

Grossesse

Nous serons assez bref pour ce qui a trait à la grossesse ; l'accouchement est plus influencé qu'elle et, l'éclampsie mise à part, les complications de la grossesse ne sont pas très redoutables.

Il y a une chose qui domine tout dans l'évolution de leur grossesse ; c'est l'amoindrissement de la vitalité de leurs tissus. Elles sont plus exposées à tous les accidents de la grossesse parce que leurs organes, et ceux de l'élimination, en particulier, si souvent débordés déjà dans la grossesse normale, le seront à plus forte raison. Aussi les auteurs signalent-ils la fréquence plus grande de l'albuminurie, de l'éclampsie, de la manie puerpérale ; la plus grande proportion d'œdèmes, de varices, de vomissements est admise également par la plupart des auteurs.

Mauriceau déjà avait dit, parlant des convulsions éclamptiques : « Ce fâcheux accident n'arrive ordinairement que dans le premier accouchement des femmes, et principalement chez celles qui sont un peu avancées en âge. »

Quant à la manie puerpérale, nous donnerons les conclusions de Tuke d'Edimbourg :

1° Une augmentation notable de manies puerpérales existe entre 30 et 40 ans.

2° Les primipares y sont plus communément exposées que les multipares.

Simpson admet les mêmes idées.

Tous les auteurs modernes ont ratifié ces conclusions et il est digne de remarque que même ceux qui prêchent l'innocuité relative dans l'accouchement, admettent l'influence nuisible sur la grossesse.

Accouchement

Venons-en à l'accouchement, et critiquons les uns par les autres les auteurs qui partagent nos vues; les chiffres de la statistique que nous avons faite, exposés plus loin, étant destinés à réfuter la théorie adverse.

Nous commencerons par Galien puisque Mauriceau le cite, pour finir par le mémoire de Kleinwachter et la leçon du professeur Tarnier.

Galien donc admet comme raison des difficultés de la primiparité le relâchement et l'écartement plus difficiles de la symphyse du pubis. Mauriceau le malmène un peu à ce sujet. Le relâchement et l'écartement des symphyses sont, il est vrai, des choses un peu hypothétiques. Mais Mauriceau lui-même, nous l'avons vu dans l'Historique, fait intervenir, comme facteur constant, un fait qui semble douteux à notre époque « la fixité du coccix » et le professeur Pajot, dans ses cours, a fait justice de cette assertion : « Les anciens, dit-il, qui croyaient que la soudure du coccyx était la cause des difficultés qu'on rencontre chez les primipares âgées, étaient dans l'erreur... »

Mauriceau a pris soin, heureusement pour sa glorieuse mémoire, d'indiquer une cause profondément exacte admise par tout le monde depuis lui : la résis-

tance des parties molles qui sont « plus sèches et plus dures. » Il y a ajouté une série de conclusions adoptées pour la plupart :

La mère est plus exposée à l'éclampsie.

La proportion des enfants masculins est plus forte que celle des enfants féminins.

Le poids des enfants est plus élevé.

La mortalité dépasse la normale.

Ces idées de Mauriceau ont été reprises depuis par Cohnstein, Hecker, Rumpe et Kleinwachter (Thèse de Coccio).

Cohnstein tire les déductions suivantes :

L'accouchement est plus difficile chez les primipares âgées.

L'intervention pendant le travail est plus fréquente.

La mortalité des mères et surtout celle des enfants est considérable.

Les rétrécissements du bassin influent sur la conception tardive.

Les présentations vicieuses sont plus fréquentes.

L'âge de la mère influe sur le poids et la longueur de l'enfant, en les augmentant ; il agit sur le sexe en produisant une proportion plus forte d'enfants masculins.

Mathews Duncan (1) d'après les tableaux des pages 499, 500, 501 et 502 conclut :

Le poids des enfants des primipares n'est pas toujours uniforme, mais il varie conformément à la loi de

(1) Mathews Duncan. *Edinburgh medical Journal*, 1864, october.

l'âge des mères, et cette loi de l'âge consiste en ce fait que, jusqu'à l'âge de 40 ans le poids irait en augmentant, pour diminuer ensuite.

Hecker croit à une augmentation du poids moyen de 3181 grammes à 3191 et à une élévation de la taille, mais combien faible ! de 3 millimètres et 3 dixièmes. C'est un peu germanique comme formule.

Quant au sexe, Schramm, montra, en 1875, que l'excédent du nombre des garçons dans les accouchements est un caractère des accouchements chez les primipares âgées.

Rumpe, de la Clinique de Marbourg, a vérifié les deux dernières phrases de Mauriceau (Thèse de Courtade) : la nécessité de l'intervention est plus fréquente, dit-il ; les chiffres de mortalité des mères et des enfants sont très élevés.

Kleinwachter enfin, pour terminer notre énumération qu'on nous pardonnera d'avoir faite si longue, Kleinwachter traduit par Charpentier :

La durée de l'accouchement, dit-il, chez les primipares augmente avec l'âge, mais bien moins qu'on ne l'admettait antérieurement.

C'est chez les primipares âgées que s'observe le plus souvent l'insuffisance des contractions utérines ; d'où fréquentes nécessités d'intervenir.

La mortalité pour 100 paraît marcher parallèlement avec l'âge de la mère.

Les hémorrhagies post-puerpérales sont fréquentes.

Les présentations anormales sont plus communes chez elles.

La proportion des garçons est plus forte que celle des filles chez les vieilles primipares que chez les jeunes.

La mortalité des enfants dépasse la normale.

Nous allons donner maintenant, comme préambule aux conclusions que nous pourrons formuler après l'exposé du relevé fait à la Clinique du professeur Tarnier, celles de notre illustre maître dans sa leçon de Février 1892.

Il s'agit d'abord de la grossesse:

« On a dit que les maladies qui viennent compliquer la grossesse sont p'us fréquentes. Cela doit être. Pourquoi ? Parce qu'elles sont plus âgées. Parce que ce sont des femmes qui ont été débiles dans leur jeunesse. L'albuminurie et l'éclampsie sont plus fréquentes chez les primipares âgées — le rein est moins actif que chez les jeunes ; — d'autre part, les maladies du cœur, qui sont plus fréquentes chez elles, prédisposent à l'albuminurie.

Quant à l'accouchement, il est plus dystocique chez elle :

Les bassins y sont plus souvent rétrécis (mais il est évident que l'âge n'est pas en cause).

Les tumeurs fibreuses y sont plus fréquentes.

La durée du travail est plus longue. Au lieu de 12 à 15 heures, Monsieur Courtade a trouvé 24 heures. Cela est dû aux causes suivantes : Contractions utérines plus faibles que chez les femmes plus jeunes. Ce sont des femmes débiles. il y a une débilité sexuelle de l'utérus

lui-même ; il y a une débilité par défaut d'exercice. On a dit que le coccyx était moins mobile : il peut être ankylosé, mais c'est rare. Il y a une résistance plus grande du périnée. On y constate une rigidité plus fréquente du col. Le périnée est plus ferme, moins dilatable : comme endurci dans son immobilité.

La résistance des parties molles : col de l'utérus et périnée sont les deux principales causes de la lenteur du travail ; d'où des chances plus grandes de ruptures du périnée ; d'où des interventions plus fréquentes : c'est un enchaînement tout naturel ».

Toutes ces théories exposées, donnons le résultat de nos recherches et l'opinion que nous nous sommes faite.

Il y a eu à la Clinique de la rue d'Assas, depuis le 1er novembre 1888 jusqu'au 10 décembre 1893 inclusivement 6.707 accouchements.

Nous y avons trouvé 64 primipares âgées de plus de 35 ans et de moins de 44 ans.

Ce qui donne pour la fréquence de la grossesse chez elles : 0,9 pour 100 accouchements, à terme ou non.

Répartition par années :

Année 1888. —	195	accouchements :	2	primip. âgées
Année 1889. —	1152	—	9	—
Année 1890. —	1185	—	13	—
Année 1891. —	1363	—	15	—
Année 1892. —	1406	—	12	—
Année 1893. —	1406	—	13	—

TABLEAU SYNOPTIQUE

DES

64 OBSERVATIONS DE PRIMIPARITÉ TARDIVE

Recueillies à la Clinique de la rue d'Assas

DATE de l'accouchement	AGE de la MÈRE	CONSTITUTION et CONFORMATION du bassin	ANTÉCÉDENTS et complications de la GROSSESSE	ÉPOQUE présumée de la GROSSESSE quand s'est fait l'accouchement	DURÉE du travail jusqu'à DILATATION complète	DURÉE de la PÉRIODE d'expulsion
1888 21 Nov.	42	Bassin retr diam. sacro-sous-pubien, 94.		Terme	7 h.	50 m.
10 Déc.	35	Promontoire accessible.	Albumine. Œd. membr. inf. Varices.	8 mois	7 h. 10	8 m.
1889						1 h. 25
14 Jan.	36			Terme	23.10	2. h. 20
10 Fév.	35		Vomissements. Diarrhée. Œd. membr. inf.	Terme	7 h.	4 h. 20
29 Mai.	35		Vomissements.	Terme	23.10	
30 Juill.	38		Vomissements. Hémorrhagies.	8 mois	53.40	
3 Août	37		Vomissements. Varices memb. inférieurs.	Terme	6	1h. 45
29 août	36	Luxation congénit. des hanches	Vomissements	T.	30	2 h 50
17 sept.	39		Vomiss. Leucorrhée	T.	14,45	35 m
27 oct.	38			T.	23	20 m
29 déc.	39		Nausées. Syncopes	T.	7,30	1 h 10

Présentation, position et particularités	MODE de terminaison		Terminaison naturelle ou artificielle	SEXE	POIDS et longueur	OBSERVATIONS
	Mère	Enfant				
SIDA Mode des fesses	Fav.	Mt et macéré	Nat.	M.	2190	Enfant mort et macéré
OIGA OIDP	Fav.	Fav.	N.	M. F.	1250 1470	Accouchement gemellaire
OIGA	id.	id.	id.	M.	3700	
OIGP	id.	Mort	Artif.	M.	3170 53	Forceps insuff. contract. utérines. Délivrance artificielle
OIDP	id.	Artif.	Artif.	M.	3120 51	Forceps insuff. contract. utérines
OIGA	id.	Mort	Artif.	F.	3120	Forceps insuffis. c. utérines et résist. périnée
OIDP	Id.	Actif.	Nat.	F.	3340 51	
OIDP	Fav.	Fav.	Nat.	M.	2450 48	Œdème lèv. ant. du col
OIGA	id.	id.	id.	M.	2730 47	
SIGA	id.	id.	id.	F.	3280 49	Esch. vulvaires
OIGA	id.	id.	id.	M.	4508 52	

DATE de l'accouchement	AGE de la MÈRE	CONSTITUTION et CONFORMATION du bassin	ANTÉCÉDENTS et complications de la GROSSESSE	ÉPOQUE présumée de la GROSSESSE quand s'est fait l'accouchement	DURÉE du travail jusqu'à DILATATION complète	DURÉE de la PÉRIODE d'expulsion
1890						
25 mars	35	Dysmenorrhéique	Vomissements. Vertiges. Œd. m. inf.	Terme	7,40	1 h 5
16 avr.	37		Tous les sympt. prééclamptiques dès 5me mois	7 m 1|2	6,30	20 m
30 juill.	40	Cyphose très prononcée avec scoliose ; aplatissement du bassin		8 m 10 j	30,20	2 h 20
12 août	39	Scolio - cyphose droite cervicale.		T.	47 h 10	1 h 50
19 août	33			T.	16	1,45
24 août	35	Bassin généralement petit	Vomis. Œd. m. inf.	8 mois 19 jours	14,10	20
31 août	40		Lég. œdèm. Hémorrhagies	T.	71	
30 sept.	35		Albumine	T.	7	5
20 oct.	35	Insuffisance mitrale	Œdèm. membr. inf.	T.	13	5,10
27 oct.	37			T.	90	1,10

Présentation, position et particularités	MODE de terminaison — Mère	MODE de terminaison — Enfant	Terminaison naturelle ou artificielle	SEXE	POIDS et longueur	OBSERVATIONS
OIGA	id.	id.	id.	M.	3390	
OIGA	id.	Mort	id.	M.	1550	Albuminurie. Enfant mort
OIDP	id .	id.	id.	M	2140	Esch. vulvaires
OIGA	Fav.	Fav.	Art.	F.	3320 51	Forceps. Déchirure du périnée.
OIDA	id.	id.	Nat.	F.	3459 50	
SIDA mode fesses	id.	Mort	Art.	M.		Abaissement du pied. Hémorrhagie de la mère. Mort de l'enfant
SIDA mode fesses	id.	id.	Art.	M.		Extraction par lacs. Déchirure périnée. Mort de l'enfant
OIGA	id.	id.	Art.	M.	3170	Forceps. Mort enfant
OIGA	id.	Fav.	Art.	M.	3400	Forceps
OIGA	id.	id.		F.	3000 48	Déchirure périn.

DATE de l'accouchement	AGE de la MÈRE	CONSTITUTION et CONFORMATION du bassin	ANTÉCÉDENTS et complications de la GROSSETSE	ÉPOQUE présumée de la GROSSESSE quand s'est fait l'accouchement	DURÉE du travail jusqu'à DILATATION complète	DURÉE de la PÉRIODE d'expulsion
6 déc.	38		Diarrhée. OEd. m. inf.	Terme	14 h	30 m
13 déc.	36		Ictère	T.	18	20 m
22 déc.	36		Vomis. Albumin.	T.	4	1 h 15
1891 8 mars	39			T.	17	3 h
30 mars	36			T.	6	40 m
10 avril	36		Vomissements	T.	18,10	1 h 10
16 avril	35	Rachitique	Vomissements	T.	16,30	10 m
6 mai	36		Leucorrhée. OEd. m. inf.	T.	18.40	
26 mai	40	Cardiaque		6 mois	4 h.	15 m.
14 juill.	37		Vomissements	T.	25 h.	2 h 30
23 juill.	39		Céphalalgie. Varices des grandes lèvres	T.	6 h.	10 m.

Présentation, position et particularités	MODE de terminaison		Terminaison naturelle ou artificielle	SEXE	POIDS et longueurs	OBSERVATIONS
	Mère	Enfant				
OIGA	F.	F.	Art.	F.	3100 50	Délivrance artificielle (7 heures de rétention) phlébite consécutive
SIGA	id.	id.	Art.	F.	2790	Extraction manuelle. Déchirure du périnée Mort apparen. mais a vécu
OIGA	id.	Mort	Nat.	F.	2700	Enfant mort et macéré
OIGP	id.	id.	Art.	M.	2959	Forceps insuff.c. utérines. Enf. mort convuls.
OIDA	id.	F.	Nat.	M.	3509	
OIGA	id.	id.	Nat.	M.	2370	
OIGA	id.	id.	Nat.	F.	2800	Mère a eu de la diarrhée pendant le post-partum
OIGA	id.	id.	Nat.	M.	3409 52	Forceps né en état de mort apparent.mais a survécu
MIOP	F.	Mort	Nat.	F.		Fille morte pendant travail.
OIGA	id.	F.	Nat.	M.	3300 52	
OIGA	id.	id.	Nat.	F.	2650 47	Hémorrhagie de la délivrance.

DATE de l'accouchement	AGE de la MÈRE	CONSTITUTION et CONFORMATION du bassin	ANTÉCÉDENTS et complications de la GROSSESSE	ÉPOQUE présumée de la GROSSESSE quand s'est fait l'accouchement	DURÉE du travail jusqu'à DILATATION complète	DURÉE de la PÉRIODE d'expulsion
25 juill.	40			T.	76 h.	2 h 20
14 oct.	39		Nausées. Vomissements. Varices des m inf.	8 mois 1|2	30 h.	2 h 10
8 nov	39		Varices des memb. inf.	T.	4 jours	
11 nov.	37		Vomissements	5 mois 1|2		
11 Nov.	39	Coxalgie double Bassin vicié.	Nausées	8 m. 1|2	16 1|2	5 m.
29 Nov.	36			8 m.	8 h.	2 h. 20
13 Déc.			Constipation. Vomissements.	T.	15 h.	1 h. 30
1892 10 Fév.	35		Vomissements. Varices.	T.	14 1|2	2 h.
3 Mars	36		Vomissements Leucorrhée. Végétations,	T.	3 h.	1 h. 30

Présentation, positions et particularités	MODE de terminaison		Terminaison naturelle ou artificielle	SEXE	POIDS et longueur	OBSERVATIONS
	Mère	Enfant				
OIGA	id.	id.	Artif.	M.	3000 52	Ecarteur. Forceps (Insuffis. c. utérines).
OGIA	id.	id.	Nat.	M.	3720 53	Forceps (Rigidité anat. du col).
OIGA	Mort	Mort	Artif.	M.	4700 sans la matière cérébrale	Basiotripsie, section d'un membre. Ecarteur (Rigidité du col). Déchirure du périnée.
Epaule et base du crâne				M.	650	Pseudencéphalien. Hydramin.
OIGP	Fav.	Fav.	Actif.	M.	2750	Accouchement prématuré artificiel à 8 m 1|2. Enfant vivant. Dilatateur et Ecarteur.
OIGA	id.	id.	Nat.	F.	2050	Fibrôme intra-utérin de la grosseur d'un œuf de poule.
OIDP	id.	id.	Nat.	F.	3650	
OIGA	id.	id.	Artif.	F.	3350 55	Forceps (insuff. contract. utérines.) Déchirure Hémorrhagie de la délivran.
OIDP	id.	id.	Nat.	F.	2300	

DATE de l'accouchement	AGE de la MÈRE	CONSTITUTION et CONFORMATION du bassin	ANTÉCÉDENTS et complications de la GROSSESSE	ÉPOQUE présumée de la GROSSESSE quand s'est fait l'accouchement	DURÉE du travail jusqu'à DILATATION complète	DURÉE de la PÉRIODE d'expulsion
4 Mai	37		Leucorrhée. Etouffements	8 m.	16 h.	1 h. 35
12 Mai	42		Petites hémorrhagies.	4 m.		
21 mai	37		Varices. Œd. des grandes lèvres	8 mois		
27 mai	35			8 mois 1|2	23 h.	1 h 15
12 août	37			Terme	15	2 h 30
18 août	35	Bassin de 10,2 déduction non faite.		T.	12	1 h.
3 sept.	36	Cypho-scoliose dorsale. D. promonto sous-pubien 11		T.	4	50 m.
25 sept.	39			T.	13	2 h 25
3 nov.	35		Varices des m. inférieu.ıs	T.	3 h. 30	45 m.
18 Nov.	38			T.	17 h.	1 h. 20
1893						
3 Janv.	35		Nausées	T.	33, 15	3 h.
25 Janv.	37			8 m. 1|2	14. 15	25 m.

Présentation, positions et particularités	MODE de terminaison		Terminaison naturelle ou artificielle	SEXE	POIDS et longueur	OBSERVATIONS
	Mère	Enfant				
OIGA	id.	id.	Artif.	M.	1720	Fibrômes multiples. Délivrance. artificielle. Mort-né.
				M.		Mort et macéré
SIGA	Fav.	Fav.	Nat.	M.	2700	
OIDP	id,	id.	Art.	M.	3350	Forceps Insuff. des cont. utérines.
OIDP	id.	id.	Nat.	F.	2600	
OIGA	id.	id.	id.	M.	2800	
OIGA	id.	id.	id.	M.	2950	
OIDP	id.	id.	id.	M.	37 50	
OIGA	Fav.	Fav.	Nat.	F.	3700	
OIDP	id.	id.	Art.	F.	2730 49	Forceps : insuff. cont. utérines. Déchirure périnée
OIDP	id.	id.	Nat.	M.	2650	Hémorrhagie de la délivrance. Lipothymie.

DATE de l'accouchement	AGE de la MÈRE	CONSTITUTION et CONFORMATION du bassin	ANTÉCÉDENTS et complications de la GROSSESSE	ÉPOQUE présumée de la GROSSESSE quand s'est fait l'accouchement	DURÉE du travail jusqu'à DILATATION complète	DURÉE de la PÉRIODE d'expulsion
23 Fév.	38		Albumine Œd. membr. inf. et abdomen	8 m. 1|2	10 h.	30 m.
23 Fév.	40			Avant terme	9 h.	25 m.
5 Avril	43		Hémorrhagies	8 mois	2 h. 10	40 m.
12 Août	40		Vomissements	Terme	21 h	1 h. 15
23 mai	38		Œdème des m. inférieurs	8 m 1|2	8 h.	45 m.
14 juin	35	Bronchite	Albumine. Œdème des m. inf.	8 m 1|2	9 h.	2 h 25
22 juill.	40		Album. au début		25 h.	3 h 20
29 juill.	37		Albumine. Vomissement	Terme	5 h. 10	3 h.
29 sept.	36	Promont. sous-pubien.	Constipation. Œdème des m. inf. et sus-pubien	T.	93 h.	30 m.
16 octo.	35		Leucorrhée	T.	11 h.	25 m.
20 octo.	36		Vomissements	T.	5 h. 10	15 m.

Présentation, positions et particularités	MODE de terminaison		Terminaison naturelle ou artificielle	SEXE	POIDS et longueur	OBSERVATIONS
	Mère	Enfant				
OIGA	id.	id.	Art.	M.	2220	Hémorrhagie avant la délivrance. Délivrance artificielle.
OIGA	id.	id	Nat.	F.	2220 43	
OIGA	id.	id.	Art.	F.	2800 43	Forceps.
OIGA	id.	id.	Nat.	F.	3300 50	
OIGA	Fav.	Fav.	Art.	F.	2450	Forceps
OIDP	id.	id.	Nat.	F.	2950	
MIDP	id.	Mort-né	Art.	M.	4200	Basiotripsie
OIGA	Fav.	id.	Nat.	F.	3320	Mère épileptique. Eschares vulvaires.
OIGA	id.	Mort apparente mais ranimé.	Art.	F.	3150	Syphilitique depuis 17 ans. Agglutinat. O. externe (écarteur). Excès de liquide amniotique.
OIDP	id.	id.		M.	3370 51	
SID						Mort-né

Avant de discuter les données que nous fournissent les tableaux précédents, nous allons exposer tout au long plusieurs des observations dont le résumé s'y trouve en quelques lignes Elles nous paraissent intéressantes à plusieurs titres.

Observation I. — (Inédite. Régistres de la Clinique).

Cette observation, la seule dont l'issue a été fatale des 64 que nous avons relatées, est très complexe : la femme présentait de la rigidité anatomique du col ; on a pratiqué sur elle une basio tripsie et malheureusement elle mourut d'infection purulente.

Mathieu Rose est une primipare, âgée de 39 ans : elle n'a jamais été atteinte de syphilis. Elle est venue à la consultation de la Clinique le 3 novembre 1891. Le col était effacé. L'enfant se présentait en O.I.G.A. La tête était à la partie supérieure de l'excavation. Elle avait quelques petites contractions utérines.

Le 4 novembre dans la journée le col présentait une dilatation grande comme une pièce de 50 centimes. Il y eut un petit écoulement de liquide amniotique légèrement teinté de méconium. La femme n'avait pas ou peu de douleurs.

Le 5 novembre, la dilatation était comme un franc. Au toucher le bord était souple, mince. L'utérus ne se contractait que fort peu. L'état général était excellent. On lui fit prendre un bain et à 6 heures du soir on plaça l'écarteur. Elle eut quelques douleurs espacées quand on retira l'instrument.

Le 6, le professeur Tarnier trouve une dilatation de 2 francs ; les bords sont un peu tendus, prêtent peu sous la pression du doigt. On lui donne un grand bain puis on applique deux fois dans la journée en deux séances de quatre heures chacune l'écarteur, avec un caoutchouc la première fois ; avec deux, la seconde.

Le 7, la dilatation avait atteint le diamètre d'une pièce de

5 francs. La tête était un peu descendue et appuyait sur l'orifice. Elle eut des douleurs dans la journée et pendant la nuit ; et, malgré cela, la dilatation ne progressait pas. Elle se fatigue un peu, s'énerve. La température atteint 38° 5 puis 39°. Soudain survient une hémoptysie pour laquelle on place des ventouses. On cessait en même temps de percevoir les battements du cœur fœtal.

Le 8 au matin, la dilatation égale une paume de main ; les bords sont assez résistants, épais ; enfin le col est entraîné jusque sur le plancher du bassin par la tête fœtale œdematiée.

On décide alors de faire la basiotripsie.

On introduit le perforateur un peu en avant de la fontanelle postérieure. On coiffe le perforateur du casque placé du côté gauche. La branche gauche est glissée alors vers la symphyse sacro-iliaque gauche, puis péniblement placée entre la tête et l'orifice coarcté jusqu'au niveau de l'anneau de Bandl. On effectue le petit broiement et ensuite on met en place le crochet fixateur de la première branche : quand l'ailette de la grande vis de pression fut tournée en sens contraire la goupille du crochet fixateur cassa, projetant le crochet, et si la main gauche de l'observateur n'avait pas tenu fortement serrées les deux premières branches la détente brusque aurait pu projeter en dehors, vers les parois de l'excavation, la cuiller gauche et causer peut-être quelque dommage au segment inférieur. La grande vis de pression est serrée de nouveau, le crochet remplacé par une cordelette. La branche droite est glissée à droite et le broiement effectué. Un peu de sang s'était écoulé au moment de la perforation. La matière cérébrale fut balayée du vagin par une irrigation continue au permanganate de potasse. De légères tractions n'ayant pas dégagé la tête broyée et ne faisant qu'abaisser l'orifice avec la tête, orifice, dont la lèvre antérieure était violette et très tendue, on retira la branche droite. Avec les deux premières branches faisant cranioclaste la tête fut saisie et s'allongeant, s'effilant grâce au broiement de toutes les grosses parties (frontale et faciale) parvint à glisser sur le col et arriva enfin au dehors.

La tête était prise de l'apophyse mastoïde à l'apophyse malaire.

Les épaules restaient bridées par l'orifice et les tractions menaçaient de rompre le cou. Les efforts tentés pour abaisser un bras en le brisant restant infructueux, le professeur Tarnier sectionna le bras droit dont l'épaule était accessible. Des tractions légères permirent alors de faire passer le tronc. Il y eut une nouvelle résistance au niveau des hanches, mais facilement vaincue par de légères tractions ; on perçut alors un petit craquement.

Le placenta étant décollé, on le retira.

On constate alors par le toucher que le col est déchiré à droite mais la déchirure est peu profonde et n'atteint pas l'insertion vaginale. Une injection est faite à ce moment à la microcidine et au permanganate de potasse.

Il y eut en outre une hémorrhagie utérine, et une légère déchirure du périnée.

Le 8 novembre, au soir, météorisme; vomissements muqueux dans la nuit.

Le 9, au matin, le cathétérisme fut fait : la vessie contenait beaucoup d'urine.

Dans la journée, hoquet.

On mit de la glace sur le ventre pour lutter contre le ballonnement.

Le 10, il n'y eut plus de hoquet, ni de vomissements, mais la température atteint 38°,7. On fait une injection utérine au permanganate de potasse.

Le 11, au matin, t. 38°,3. Les liquides ont une odeur fétide. On fait une injection utérine. Le soir, 38°,7.

Le 12, état moins bon ; t. 38°. Pas d'albumine dans l'urine. On donne une injection prolongée au permanganate de potasse et à l'acide phénique. La malade semble sur le point de perdre connaissance ; on supprime l'acide phénique. M. Galippe trouve dans l'urine la réaction de l'acide phénique.

La mort vint le 8 décembre.

L'autopsie fut faite le 10 décembre à 9 heures du matin.

Le cadavre n'est pas très amaigri. Il ne présente ni œdème, ni gonflement articulaire apparent.

Les deux poumons sont un peu congestionnés aux deux bases. A la partie inférieure et postérieure du lobe supérieur droit, l'air ne pénétrait guère. Cette partie, un peu hépatisée, ne surnage pas dans l'eau. Il n'y a ni abcès, ni infarctus mais un peu de congestion hypostatique.

Il n'y a dans la plèvre aucun épanchement, ni adhérences même petites.

Aux sommets des poumons, malgré l'hémoptysie, il n'y a pas de symptômes de tuberculose.

Le cœur a des dimensions normales. Il n'y a pas d'endocardite. Le bord libre de la valvule mitrale est un peu épais.

L'abdomen ouvert montre que l'utérus est très réduit de volume et rentré dans l'excavation.

Le péritoine est lisse, intact. Il n'y a pas le moindre épanchement, ni brides fibrineuses, ni vascularisation. L'intestin n'a pas de lésions.

Le foie est volumineux. Il pèse 1900 grammes.

La rate est grosse, molle, diffluente.

Les reins ont leur capsule très légèrement adhérente. Il y a un peu de néphrite parenchymateuse.

L'utérus est petit, bien rétracté (il a 10 à 11 centimètres). Sa surface ne présente rien de spécial. Il n'y a pas de dilatation vasculaire ni sur les bords, ni au niveau du fond. Rien ne sourd à la pression.

Le tissu dense, rosé à l'aspect du tissu utérin sain. La cavité utérine ne présente rien d'anormal.

Les trompes ont leurs parois souples.

Les ovaires sont sains.

Les ganglions sont imperceptibles.

La veine cave et l'aorte que l'on dissèque sont trouvées intactes. Les veines iliaques, utéro-ovariennes, utérines sont saines.

Rien du côté des uretères.

La vessie est un peu vascularisée ; on trouve au fond un peu de mucus louche, purulent.

On ouvre enfin l'articulation du poignet droit. Il y a des adhérences, des brides fibrineuses et un peu de pus, peu abondant, mais concret que Monsieur Vignal recueille.

Observation II (Inédite, Registres de la Clinique)

La nommée H... est admise à la clinique le 22 juillet. Quand Monsieur Demelin la voit, elle est dans l'état suivant : Sa température est de 38°.

Elle est albuminurique. Elle présente une déchirure du périnée jusqu'à l'anus exclusivement : des plaies et des contusions de la vulve ; une déchirure verticale du vagin sur la paroi postérieure au niveau de la ligne médiane ou un peu à gauche ; la plaie remonte jusqu'à la partie fœtale et au-delà.

La tête se présente en MIDP.

Par le toucher, on sent la suture médio-frontale, cachée en partie par la bosse séro-sanguine ; on sent également les yeux, le nez et les narines.

La tête est immobilisée à la partie supérieure de l'excavation. L'enfant est mort.

M. Demelin décide la basiotripsie et se met en devoir de la faire.

Le perforateur est introduit par la suture médio-frontale. On fait une injection intra-crânienne.

Le perforateur est réintroduit coiffé du casque mis à gauche et en arrière. L'instrument est placé obliquement comme dans les applications de forceps dans l'occipito iliaque droite postérieure.

Le petit broiement est facile.

L'introduction de la grande branche, à laquelle on fait faire un petit tour de spire, est faite.

On procède alors au grand broiement, lentement.

Il a fallu éviter de saisir dans l'instrument les lambeaux de muqueuse qui pendaient dans le vagin.

L'extraction est lente. On la fait en MP.

Le bras antérieur est dégagé artificiellement pour soulager d'autant le périnée.

L'extraction du reste est facile.

La délivrance est simple.

Quant aux désordres qui avaient été produits avant son entrée à la clinique ils consistaient en ceci :

Le cul-de-sac postérieur paraît déprimé fortement comme s'il avait été repoussé violemment par un forceps, sans déchirures pourtant.

La déchirure du vagin est longue d'un doigt. La lèvre droite de la plaie forme un lambeau détaché partiellement.

Le col de l'utérus paraît intact.

Le toucher rectal montre que la cloison recto-vaginale n'est pas lésée.

On fait des injections répétées, vaginales et utérines. On ne tente pas la réunion immédiate.

Tous les désordres se sont réparés et la femme sortit à quelques semaines de là parfaitement bien.

Observation III. — (Inédite. Régistres de la Clinique).

La nommée Millet Eugénie, âgée de 37 ans, est admise le 26 juillet.

Elle a un tempéramment nerveux, mais elle est robuste.

Elle a marché à 19 mois et toujours bien marché depuis. Depuis son enfance, elle est épileptique.

Elle a été réglée à 17 ans et depuis lors régulièrement ; ses règles durent 3 jours et sont peu abondantes. Elle est primipare.

Ses dernières règles sont venues en octobre 1892.

Elle est donc à terme.

Sa grossesse a été accidentée par des vomissements au début.

Ses urines, à la fin de la grossesse, étaient légèrement albumineuses.

Elle ressentit les premières douleurs le 29 juillet à midi.

La rupture des membranes se fit, la dilatation étant complète, le 29 juillet à 5 heures 1/2.

Le travail se termina à 8 heures 10 minutes.

L'enfant naquit en O P. et s'était présenté par le sommet en O I G A.

Le travail dura 8 heures 10 minutes, dont 3 heures après la rupture des membranes et après une période d'expulsion de 3 heures. Il se termina par la naissance d'un enfant pesant 3320 grammes, d'une longueur de 49 centimètres.

La délivrance se fit spontanément à 8 heures quarante. Le placenta pesait 980 grammes. Le cordon avait 35 centimètres. Les membranes étaient complètes et le liquide aminotique de quantité normale.

Le post-partum fut normal. La femme quitta la clinique le 9 août. Son enfant pesait 3360 grammes.

Observation IV. — (Personnelle).

La nommée Delagneau Angèle, âgée de 36 ans, est admise le 16 septembre 1893, au lit nº 30.

Elle a un rétrécissement du bassin. Diamètre promonto-sous-pubien = 11 centimètres.

Soignée, il y a 12 ans à Lourcine, pour des plaques muqueuses de la langue, elle s'est bien portée depuis.

Elle est primipare.

Ses dernières règles sont du 25 au 30 décembre 1892.

Elle est donc à terme.

Pendant sa grossesse, elle a eu des vomissements, de la constipation, de l'œdème des membres inférieurs et sus-pubien. Depuis le 10, elle perd un liquide aqueux jaune teinté de rouge.

Elle ressent ses premières douleurs le 26 septembre à une heure du matin.

La rupture des membranes se fait spontanément le 29 septembre à midi 15.

La dilatation était complète seulement le soir à 10 heures. L'accouchement se termina naturel. le 29 septembre à 10 h. 30.

Présentation et position : O I G A.

Cet accouchement en dehors de sa grande longueur présenta comme complication l'agglutination de l'orifice externe qui nécessita l'introduction de l'écarteur.

L'écarteur est placé le 29 septembre à 1 heure 40 du soir avec un seul caoutchouc . . . . 75mm.

On ajoute à 2 h. 50 un second caoutchouc . . . . 65mm.

A 3 h. 45 un troisième caoutchouc . . . . 55mm.

A 9 heures 30 du soir, la dilatation est comme une paume de main.

La durée du travail a été de 93 heures 30 minutes. Depuis la rupture des membranes, se sont écoulées 10 heures.

La période d'expulsion a duré 30 minutes.

La délivrance s'est faite spontanément le 29 septembre à 11 h. 5 minutes du soir.

Le placenta pesait 620 grammes. On y rencontrait des dépôts fibro-graisseux teintés en vert. Le cordon avait 74 centimètres et faisait un circulaire lâche autour du cou.

Les membranes étaient déchirées, incomplètes.

Le liquide amnotique était légèrement en excès.

L'enfant était du sexe féminin et naquit cyanosée ; mais elle fut insufflée et ranimée.

Son poids était de 3. 150 grammes et sa longueur de 51 centimètres.

Il y eut dans les suites de couches un peu d'élévation de température, 38° 8 mais sans autre complication.

Elle sortit le 10 octobre en bon état.

Son enfant pesait 3. 200 grammes.

Observation V (personnelle

La nommée Maupas, âgée de 35 ans, est entrée le 15 octobre 1893, au lit 36.

Elle est bien constituée. Son bassin normal.

Elle a été réglée à 16 ans et ses règles sont depuis lors régulières.

Elle est primipare.

Ses dernières règles sont venues du 13 au 17 janvier 1893.

Elle est donc à terme.

Elle a eu pendant les premiers mois une leucorrhée abondante.

Elle ressentit les premières douleurs le 15 octobre à 3 heures du soir.

La rupture spontanée des membranes se fit le 16 à 2 heures du matin quand la dilatation était complète.

Le travail se termina le 16 octobre à 2 heures cinq minutes du matin après avoir duré 11 heures cinq minutes.

L'enfant se présentait en O I D P.

La délivrance se fit spontanément à 2 heures 30 minutes. Le placenta pesait 530 grammes. Le cordon avait une longueur de 72 centimètres. Comme particularité, on y rencontrait un nœud simple. Les membranes étaient complètes.

Le poids du fœtus était de 3470 grammes. Il mesurait 51 centimètres. Le fœtus était masculin.

Le post partum fut normal. L'enfant pesait à la sortie, le 22 octobre, 3270 grammes.

Proportion des primipares âgées. — Nous avons déjà, avant d'exposer nos résultats statistiques, indiqué la fréquence pour 100 des accouchements de primipares âgées et nous avons trouvé de 0.9. (Voir page suivante la discussion de la fréquence).

Répartition selon leur âge. — Quant à la répartition

des 64 accouchements selon l'âge des femmes : elle est ainsi constituée, sauf exception pour celles de 38 ans : régulièrement, le nombre des accouchements va en diminuant à mesure que l'âge augmente : il était logique de le penser. Le tableau suivant en est la preuve :

35 ans :	17	accouchements ;	40 ans	7	accouchements
36	—	12	—	41	—	aucun
37	—	10	—	42	—	2
38	—	6	—	43	—	1
39	—	9				

Ce qui donne pour 100 accouchements de primipares âgées :

Celles de 35 ans : 26,6
Celles de 36 ans : 18,9
Celles de 37 ans : 15,62
Celles de 38 ans : 9,37
Celles de 39 ans : 14,06
Celles de 40 ans : 10,9
Celles de 41 ans : 0,
Celles de 42 ans : 3,12
Celles de 43 ans : 1,56

Gémellité. — La gémellité ne rentrant dans aucune des divisions que nous avons cru bon d'adopter dans nos tableaux, occupons-nous, dès maintenant de sa fréquence.

Nous en avons un cas sur 64, ce qui donne pour 100 : 1, 56. Est-ce une simple coïncidence, ou y a-t-il lieu de croire, que le nombre des cas augmentant, la proportion pour 100 serait restée la même. Le moyen de le

savoir, d'une façon approximative au moins, va consister à comparer ce résultat avec celui des autres auteurs :

Kleinwachter (1) admet 1 cas sur 105 ou 0,92 0/0
Ahlfeld 1 cas sur 102 — 0,98 0/0
Cohnstein 17 cas sur 392 — 4,32 0/0

Nous venons, avec 1,56 0/0, entre Ahlfeld et Cohnstein.

Est-ce que ce taux de 1,56 pour 100 est plus considérable que le taux des accouchements gémellaires chez l'ensemble des femmes ? Nous répondrons par l'affirmative, puisque l'on sait que 1.19 0/0 est à peu près la règle. Mais il y a autre chose que nous devons remarquer : les multipares y sont plus sujettes que les primipares prises en bloc. Collins de Dublin, cité par le professeur Tarnier, donne sur 234 cas, 168 multipares pour 72 primipares.

Nous dirons donc : La gémellité est accrue par l'âge chez les primipares.

Fréquence relative de l'accouchement chez les primipares âgées. — Le fait que nous avons avancé, à savoir que le taux des accouchements des vieilles primipares allait graduellement en s'abaissant au fur et à mesure des progrès de leur âge, est vérifié par les chiffres que donnent Ahlfeld et Courtade. Le premier qui compte à partir de 32 ans, donne 1,65 0/0 ; le second 0,78 pour la partie de sa statistique qui comprend les primipares de l'âge des nôtres.

(1) Pour la bibliographie de tous les auteurs que nous citons dans cette partie statistique de notre thèse voyez thèses de Dieterlen et Courtade. Nous leur faisons de larges emprunts.

Bassins viciés. — Nous sommes arrivé à une proportion de bassins viciés de 12,50 pour 0/0.

Avant nous, Hecker disait 3,5 pour 100.

Kleinwachter, 20,86 et Mangiagalli plus de 50 pour 100.

Ces opinions sont contradictoires mais le fait reste sur lequel tout le monde est d'accord ; c'est leur grande fréquence dans le cas qui nous occupe.

Accidents et complications de la grossesse. — On constate que les complications de la grossesse sont plus communes, mais dans quelle proportion ? Si nous prenons d'abord les vomissements, nous avons 37, 5 pour 0[0 ; nous ne nous y arrêterons pas, car le professeur Tarnier admet que la moitié des femmes grosses ont à en souffrir, le cas qui nous occupe n'aurait donc pas une influence particulière.

Pour l'albuminurie, nous arrivons à des constatations plus conformes aux résultats courants : Kleinwachter prétendait que le taux est 10,18 et nous avons 8, 25.

La recherche des cas de varices et d'œdémes ne nous a rien donné d'extraordinaire : nous n'en sommes guère qu'à la proportion donnée par Budin pour les cas ordinaires.

Les circonstances ne nous ont pas servi pour ce qui a trait à l'éclampsie ; nous n'en avons pas un cas ; impossible par conséquent, d'échafauder des théories.

Durée de la grossesse. — Mais une question plus intéressante se pose ; quelle est la durée de la grossesse ou, autrement dit, la primiparité tardive laisse-t-elle aller à terme, et combien souvent ?

On peut répondre que la grossesse va la plupart du temps à terme. Courtade disait 82 fois pour 100 ; nous disons 62 fois, 5 ; petite divergence, très facile à comprendre si l'on tient compte de ce fait que Courtade prenait les primipares à un âge où des conditions plus proches de la normale pouvaient se réaliser : 28 ans.

Durée du Travail. — La femme primipare âgée peut donc aller à terme, mais de quelle façon va-t-elle accoucher, combien de temps durera le travail chez elle ? Courtade donnait 21 heures pour la durée totale et 18 heures pour la période de dilatation ; nous sommes partisan d'une durée un peu plus longue : 25 heures et 21 heures ; divergence que nous pouvons expliquer là encore par la détermination différente de la limite d'âge. L'auteur que nous citons avait assigné une durée à la période d'expulsion : 2 heures.

Le grand nombre d'interventions faites dans les cas dont nous nous sommes occupés a tellement modifié les conditions normales qu'il ne nous aurait pas été possible de tirer des chiffres ayant une valeur quelconque.

Ahlfeld fixe la durée totale du travail à 27 heures, Dieterlen à 33 chez les très vieilles primipares ; notre résultat est donc intermédiaire et peut-être aurait-il atteint celui de Ahlfeld si les interventions nécessitées par des cas graves n'avaient pas profondément modifié les durées d'expulsion.

Présentations. — Nous avons vu les auteurs prétendre que les présentations vicieuses étaient moins rares : c'est exact. La statistique suivante est à l'appui. Nous

indiquerons à côté du taux la limite adoptée par l'auteur pour le primiparité tardive.

Hecker	(28 ans)	5,60	0/0
Courtade	(28 ans)	6,56	—
Kleinwachter	(30 ans)	6,93	—
Winckel	(30 ans)	8	—
Ahlfeld	(32 ans)	10	—
Steinmann	(30 ans)	10,10	—
Cohnstein	(30 ans)	12,50	—
Quant à nous	(35 ans)	15	0/0

Il est à remarquer combien la fréquence des présentations vicieuses augmente à mesure que les auteurs assignent une limite inférieure plus élevée pour l'âge de leurs vieilles primipares. Or, Pinard a dit que chez les multipares les présentations vicieuses étaient plus communes que chez les primipares ; comme, d'autre part, la fréquence des présentations vicieuses dans les accouchements pris en bloc est de 5 0/0 il s'ensuit que l'influence de l'âge de la primipare est manifeste.

Voilà pour le bilan général des présentations vicieuses, abordons chacune d'elles : siège, face, épaule.

Siège. — La moyenne des présentations du siège est pour Pinard de 3,3 0|0. Voyons quelle fréquence nous avons trouvée dans le cas particulier.

Ahlfeld, donne........	4,7	0|0
Winckel......	6	0|0
Nous..................	10	9

Notre proportion si considérable s'explique par l'âge plus avancé que avons choisi.

Il ne semble donc pas douteux qu'il y ait augmentation de cette présentation.

Face. — Il nous reste à rechercher comment les choses se passent pour la face et l'épaule.

Pinard a trouvé 1 présentation de la face pour 250 accouchements ; d'où pour 100 : 0,4. Et Hecker, dans le cas particulier indique 1,38 pour 0[0 ; Ahlfeld, 1,90 ; Winckel, 3,20 ; Nous, 3,32.

Inutile d'insister, l'action est évidente.

Epaule. — Pinard a établi que la fréquence en général était pour cette présentation 0,8 pour 0]0.

Or, s'occupant des vieilles primipares, Steimmann trouve 1,2 pour 0[0 et nous, 1,56.

Admettons là une action moins évidente que pour le siège et la face mais il serait difficile de nier toute action.

Mortalité. — Quelle sera l'issue de ces accouchements pour la mère et pour l'enfant ?

Pour la mère, la question est discutée ; mais, pour ce qui concerne l'enfant, la mortalité est énorme ; les quelques chiffres qui suivent le montreront assez :

Hecker répond	17,6 0[0
Winckel	20 0[0
Nous	20,3 0[0
et Cohnstein	44, 8

presque un enfant sur deux.

C'est là peut-être ce qui nous a le plus frappé dans notre relevé ; la colonne qui a pour rubrique : termi-

naison est hélas ! richement pourvue en terminaisons fatales.

Il ne faudrait pas croire toutefois que les mères sont trop épargnées.

Winckel redoute encore la mort des mères 3 0|0 ;

Hecker.	5 0|0
Courtade.	12 0|0

et Cohnstein, le malheureux qui a toujours la place la plus considérable dans les statistiques que nous avons transcrites, n'annoncent pas moins de 28 morts de vieilles primipares pour 100.

Quant à nous, nous sommes heureux de constater que chez le professeur Tarnier il n'y a eu qu'une mort sur 64 primipares et, on nous pardonnera de le répéter encore, notre statistique doit, de par sa nature, enregistrer des cas plus malheureux que ceux de tous les autres, étant admis l'âge que nous avons adopté.

A quoi est donc due cette différence énorme tout à l'avantage de notre statistique ?

On ne nous accusera certes pas de partialité si nous disons que cela est dû à l'habileté et au zèle éclairé de tous ceux qui, à la clinique, ont concouru à ce beau résultat de 25 morts pour 100 de moins que dans les cas recueillis par Cohnstein et plus de 10 pour 100 de moins que dans ceux de Courtade, il y a 10 ans.

Déchirures du périnée.—Les mêmes remarques agréables sont à faire pour les déchirures du périnée.

Notre statistique comporte 12 déchirures, 50 pour 100 et, le plus heureux des auteurs, Steinmann, de Saint-Pétersbourg, a encore 24,1 pour 0/0, le double.

Que dire de Kleinwachter qui donne 30 0/0, de Fasbende 50 0/0 et de Liebmann 53 0/0 !

Interventions. — A côté de cela, la clinique va tenir le second rang pour les interventions, toujours pour la même raison que nous ne redirons pas.

Interventions considérées en bloc, sans distinction de leurs natures :

Kleinwachter,	7,6 0/0
Hecker,	19,02 0/0
Courtade,	21,83 0/0
Mangiagalli,	32,82
Notre statistique	40,5
Cohnstein,	74,

Si nous prenons le forceps en particulier, la clinique par ordre de fréquence relative vient la troisième avec 23, 31 0/0.

Kleinwachter	3,7 0[0
Winckel	8 0[0
Mangiagalli	11,66
Courtade	23,20
Ahlfeld	36
Cohnstein	55, 0[0

La Clinique tient la première place pour les opérations, graves ou non, mais autres que le forceps, avec 15,3 0[0

Rumpe donne	7, 0[0
Courtade	7,27 0[0
et Mangiagalli	13,33 0[0

Reste à voir ce que deviennent le poids et la longueur des nouveau-nés.

Le grand nombre de ceux qui sont nés avant terme nous gênent et nous n'arrivons à rien de précis.

Pour le sexe, nous partageons l'avis de Mauriceau, de Schramm, de Kleinwachter nous avons 56 pour o|o de naissances mâles.

Nous en aurons fini avec les considérations auxquelles aura donné lieu l'examen de nos tableaux synoptiques quand nous aurons fait connaître un autre fait que nous n'avons trouvé cité nulle part. Le 11 novembre 1891 naissait d'une primipare de 37 ans, un pseudencéphalien de 650 grammes.

Il était arrivé au sixième mois de sa vie intra-utérine et naquit, dans une énorme quantité de liquide amnotique (4 litres) par une présentation de la base du crâne et de l'épaule.

Est-ce une simple coïncidence et ne faut-il voir là qu'un fait de hasard pur ou bien la primiparité tardive compterait-elle encore cela de plus à l'actif de ces méfaits ; nous n'en savons rien.

CONCLUSIONS

I. *Grossesse.* — 1° La proportion des primipares âgées de 35 ans et plus est d'environ 1 pour 100.

2° Le rapport du nombre des primipares âgées de 35 à 40 ans au nombre de celles qui ont plus de 40 ans est de 5, 5.

3° Les bassins viciés sont plus fréquents chez les primipares âgées.

4° Les accidents et complications de la grossesse y sont plus fréquents, mais moins, peut-être, qu'on ne l'a dit.

5° La grossesse atteint le terme dans un peu plus de la moitié des cas.

II. *Accouchement.* — 1° La durée du travail est plus longue que chez les autres femmes primipares : 25 heures en moyenne au lieu de 15.

2° Les présentations du sommet ne se trouvent plus que 8 fois sur 10, tandis que celles du siége s'élèvent jusqu'à 1 pour 10, celles de la face, 1 pour 30, et celles de l'épaule 1 pour 50 ou 60 ; donc augmentation des présentations vicieuses

3° La mortalité des mères, et celle des enfants surtout, devient considérable.

4° Les interventions sont plus fréquentes.

5° Les déchirures du périnée se rencontrent plus souvent.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Acton (**William**). — *In Genito-urinary organs.*
Bunting. — Thèse de Paris, 1861.
Campbell et Black. — *In Urinary and reproduct. organs.*
Cazeaux. — *Traité des accouchements.*
Charpentier. — *Traité de l'art des accouchements.*
Coccio. — Thèse de Paris, 1875.
Courtade. — Thèse de Paris, 1883.
Delachapelle (Mme). — *Pratique des accouchements.*
Depaul. — *Leçons cliniques* (1872).
Désormeaux. — *Dictionnaire en 30 volumes.*
Deventer. — Edition de 1701. Observations.
Dieterlen. — Thèse de Paris, 1882.
Dionis. — *Traité d'açcouchements*, 1718.
Donkin (Of Newcastle). — *Edinburgh Medical journal.*
Paul Dubois. — Dictionnaire en 30 volumes.
Duncan (**Mathews**). — *Papers of female perineum.*
Garrigues. — *American Journal of obstetrics*, vol. XIII, 1880.
Mangiagalli. — *Annali di Ostetricia.*
Mauriceau. — *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, 1721.
De la Motte. — *Traité complet des accouchements naturels ou non naturels.*
Nœgele et Grenser. — *Traité d'accouchements.*
Pajot. — *Cours à la Faculté*, cf. thèse Coccio.
Pinard. — *Traité du palper abdominal.*
Puzos. — *Traité des accouchements*, revu par Morisot, 1759.
Robinson. — *Edinburg medical Journal.*
Seunert. — *Pratique des Accouchements.*
Simpson. — *Clinical Lectures on the Diseases of Women.*

Stoltz. — *Dictionnaire de Méd. et de Chirurg. pratiques.*
Tarnier et Chantreuil } *Traité de l'art des Accouchements.*
Tarnier et Budin }
Gaillard Thomas. — *New Y. Medical Journal* 1888, avril.
Tissier. — Thèse de Paris, 1860.
Tuke. — *Edinburgh Medical Journal.*
Verrier. — *Gazette obstétricale,* 5 mars 1878.
Pour la bibliographie des auteurs allemands : **Neubeck**, **Siebold**, **Schmitt**, **Wigand** etc., consulter thèse de Courtade et Coccio.

Orléans. — Imp. G. MORAND, 47, rue Bannier.